

# Quelles évolutions possibles pour le financement de la prévention ?

Roland CASH

---

COLLOQUE DU 10 OCTOBRE 2018

The logo for hcaam (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) features the lowercase letters 'hcaam' in a blue, sans-serif font. The 'a' and 'm' are connected, and there are small orange dashes between the 'c' and 'a', and between the 'a' and 'm'.  
Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

# Contexte

---

Dans son avis adopté le 28 juin 2017, le HCAAM a décrit :

- l'**outillage stratégique**
- la **gouvernance**
- les **bonnes pratiques en matière d'évaluation** des politiques et des actions de prévention
- les **organisations-cibles** pour une approche territoriale de la prévention



# Contexte

---

Le travail a été poursuivi en prenant l'exemple de **la prise en charge de l'obésité**, incluant les problématiques de financement

→ avis en cours de concertation

# Coût social

En 2012, le coût social de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) est estimé à **20,4 Md€** dont 12,8 Md pour l'obésité seule.

### Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?

Tableau 3 : coût social de l'obésité et du surpoids (en Md€ en 2012)

Nature du coût	Montant lié à l'obésité	Montant lié au surpoids	Montant total
Surcoût pour l'assurance maladie (soins de villes)	2,8	2,7	5,6
Surcoût pour l'assurance maladie (hôpital)	3,7	3,3	7,0
Indemnités journalières (maladie)	0,5	0,3	0,8
Pensions d'invalidité	1,7	1,9	3,6
Dépenses de prévention	0,1	0,0	0,1
Taxes nutritionnelles	-0,2	-0,2	-0,4
Moindres dépenses de pension	-4,0	-3,2	-7,2
Coût pour les finances publiques (G)	4,5	4,9	9,5
Pertes de production dues à l'absentéisme des personnes obèses	1,2	0,9	2,1
Pertes de production dues à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail	5,0	0,0	5,0
Dépenses de soins non remboursées (soins de ville)	0,7	0,6	1,3
Dépenses de soins non remboursées (hôpital)	0,4	0,3	0,7
Coûts externes (CE)	7,3	1,8	9,1
Coût social = $(1 + \alpha) \times G + CE^a$	12,8	7,7	20,4
Surcoût total en soins de ville	3,6	3,3	6,9
Surcoût total en soins hospitaliers	4,1	3,6	7,7



13,4 Md€  
pour l'AM

a.  $\alpha$  = coût d'opportunité de lever des prélèvements obligatoires.

# Les dépenses de prévention

---

## Comptes de la Santé, DREES, 2017 :

**Prévention « institutionnelle » (i.e. financée ou organisée par des fonds et programmes de prévention nationaux ou départementaux) : 5,9 Mds d'euros, dont :**

- **3,7 Mds pour la prévention individuelle :**
  - 3,0 : Primaire : vaccins, médecine du travail, médecine scolaire, PMI...
  - 0,7 : Secondaire : dépistage des tumeurs, dépistage VIH, hépatites, examens de santé, bilans bucco-dentaires...
- **2,2 Mds pour la prévention collective :**
  - 0,4 : Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé
  - 1,8 : Actions sur l'environnement

**Montants quasi stables depuis 2010**

# Les dépenses de prévention

---

## Comptes de la Santé, DREES :

**Il faut y ajouter les dépenses de prévention incluses dans la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : estimation de 9,1 Mds d'euros en 2016, dont 6,6 pris en charge par l'assurance-maladie, soit 4,6% de la CSBM**

- \* Médicaments à titre préventif : 42%
- \* Consultations, visites, actes à visée préventive : 27%
- \* Analyses de biologie : 15%
- \* Actes dentaires : 9%
- \* Soins hospitaliers : 5%
- \* Dispositifs médicaux : 2%

# Les dépenses de prévention

---

**Même si les montants en jeu sont significatifs, des difficultés chroniques sont observées :**

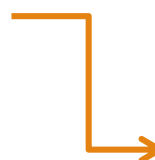
- \* Multiplicité d'actions et d'acteurs, peu coordonnés, nourrissant le sentiment de sous-financement et d'éparpillement des énergies
- \* Articulations à renforcer entre les professionnels de santé et structures de soins, les structures dédiées à l'éducation pour la santé (réseau des IREPS...), les collectivités territoriales...
- \* Des services de médecine préventive en difficulté (médecine du travail, scolaire, PMI)

# L'exemple de l'obésité

---

Besoin d'une stratégie globale associant :

- Leviers majeurs nationaux (régulation de l'offre alimentaire...)
- Promotion de la santé dans les territoires
- **Organisation d'une offre de prise en charge**



**Il s'agit de proposer une offre de proximité :**  
**(i) graduée en fonction des besoins**  
**(ii) organisée sur les territoires**  
**(iii) s'appuyant sur la diversité des acteurs**

L'enjeu est de proposer des organisations rendant possible la prévention en « routine » et de façon généralisée

Il ne s'agit pas de proposer un parcours type mais plutôt un panier de solutions mobilisables en fonction des besoins des patients, inscrites dans la proximité, adaptées aux réalités territoriales



# Les modalités de financement doivent favoriser un parcours cohérent et adapté aux besoins

---

Il est nécessaire de financer plusieurs fonctions et métiers mal ou pas pris en compte à l'heure actuelle :

- les métiers non considérés comme professions de santé mais dont l'apport est fondamental dans la prise en charge des maladies chroniques (psychologues, diététiciennes)
- l'activité physique adaptée : rémunération des professionnels ; financement des structures et équipements
- l'éducation thérapeutique (recoupant en partie les deux points précédents), dans le cadre d'un programme structuré et validé
- les fonctions de référent et d'accompagnement

En outre, les professionnels de santé ne bénéficient pas toujours de rémunération adaptée pour des consultations qui peuvent être longues et complexes.

# Le financement et la tarification doivent accompagner les évolutions souhaitées (1)

---

- Ces modalités de financement ne doivent pas être expérimentales ou dérogatoires, mais offrir aux acteurs une garantie de pérennité.
- Le financement doit être conditionné à l'insertion dans un programme structuré et coordonné.
- L'entrée dans un tel programme ne peut se faire qu'au sein d'une organisation de soins primaires pluriprofessionnelle. La CPTS pourrait se saisir de ce sujet et être elle-même l'organisatrice du dispositif.
- Une fonction de référent doit être définie et financée
  - Ce financement peut se baser sur un forfait annuel par patient à verser au professionnel concerné ou à sa structure d'appartenance.
- Il est nécessaire que les acteurs engagés dans la prise en charge d'un patient partagent les informations le concernant (via le DMP)
- L'ensemble du processus doit être soumis à une évaluation régulière, aux procédures légères. La rémunération des acteurs peut être conditionnée au retour des éléments minimaux d'évaluation.

# Le financement et la tarification doivent accompagner les évolutions souhaitées (2)

---

- Il existe plusieurs « modules » de prise en charge possibles, d'intensité variable en fonction du patient.
- Dans ce cadre, **deux modèles de financement sont envisageables** :
  - Une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque, pour une prise en charge sur une certaine durée (semestre, année...).
  - Un financement distinct des différents « modules » (consultation initiale de bilan ; forfait annuel du référent ; programme d'éducation thérapeutique...) sur la base d'une nomenclature tarifaire nationale, le remboursement étant conditionné au fait que le programme est organisé et coordonné par le référent, et évalué par l'assurance-maladie.

→ Le HCAAM se positionne en faveur de cette deuxième option

# De nouvelles modalités de financement sont à mettre en place / Pratique

---

- Repérage, proposition de prise en charge : médecin traitant, ou médecin spécialiste : financement d'une consultation de bilan, facturable une fois dans le processus, à un tarif élevé (consultation de l'ordre de 45-60 minutes).
- Choix d'un référent par le patient
- Définition par le référent du programme de soins personnalisé, en accord avec le médecin traitant (si ce n'est pas lui-même), la rémunération de cette étape entrant dans le forfait annuel du référent.
- Recours du patient aux différents services et prestations prévus dans le programme, ces prestations étant alors financées par l'assurance maladie (obligatoire et/ou complémentaire), selon différentes modalités, à l'acte ou forfaitairement, ou via le co-financement des équipements (exemple de l'activité physique adaptée)

# Ces rémunérations nouvelles sont-elles finançables ?

---

Dans le cas de l'obésité, un besoin de financement spécifique supplémentaire est mis en évidence, avec deux marges de manœuvre pour procéder à des économies au sein des dépenses actuelles :

- Améliorer l'efficacité des dépenses consenties dans les actions en cours, en les intégrant dans un réel parcours de soins, coordonné et obéissant aux recommandations de bonnes pratiques ; les actions ponctuelles ont peu d'intérêt.
- Limiter le recours à la chirurgie bariatrique par une meilleure prévention en amont et une meilleure sélection des indications.

On doit aussi réfléchir à un partage des dépenses entre AMO, AMC, collectivités territoriales et patients eux-mêmes, en tenant compte de la situation sociale de ces derniers.